

らかな有効性は確立していないが化学療法の併用も選択されることがある。しかしながら、実際は術前の生検で正確にTCであるかACであるかを診断する

ことは困難であり、今後は新たな免疫染色や遺伝子検査などの新しい診断法の確立により、診断の正確性を増していく必要がある。

左房内腫瘍の一例

H20. 3. 14

研修医 田所 心仁

【背景】

- ・心臓腫瘍の頻度は病理解剖症例の0.017～0.2%とされている。
- ・原発性心臓腫瘍の75%は良性であり、その中では粘液腫の頻度が最も高く、凡そ50%である。
- ・粘液腫の約75%は左房内、約15～20%は右房に発生。心室内には稀である。
- ・粘液腫の好発年齢は30～60歳台、女性に多いとされている。

【症例】 64歳 男性

【現病歴】 2008年2月初めより眩暈・ふらつきが強くなってきた。2008年2月21日当院耳鼻咽喉科受診した所、血圧高値であったため2月22日当科紹介受診。スクリーニング目的で施行した経胸壁心エコーで4cm大の腫瘍性病変を左房内に認めたため、心精査目的で同日緊急入院となる。

【既往歴】 11～12歳頃、腸閉塞で手術。平成15年、前立腺肥大症で手術

【家族歴】 父親～突然死、母親～胃癌、兄～前立腺癌

【現症】 身長169cm 体重63kg 血圧192/108mmHg、頸部リンパ節触知(－)、甲状腺腫大(－)、心雑音(－)、呼吸音清、左右差(－)、腹部～蠕動音(＋)、明らかな腫瘍触知せず。両側橈骨動脈・大腿動脈・足背動脈触知良好、左右差(－)

【各種検査所見】 (入院時血液検査) CRP 1.466 mg/dlと軽度上昇を認めるが、その他明らかな異常所見は認めず、腫瘍マーカーも正常範囲内であった。

(胸部Xp) CTR 54.5%、肺うっ血・胸水・肺炎・肺腫瘍を疑う明らかな所見は認めなかった。

(心電図) HR 55. リズムは整、正軸。aVL、V5でnegative T。V1～V3でR波の低下が認められた。

(経胸壁心エコー) 左房内に4cm大の腫瘍を認めた。可動性があり、心房中隔より発生しているように認められた。

(経食道心エコー) 左房内に $\phi 2.5 \times 4$ cm、血栓付着、左心房内血栓を認めず。腫瘍は1個に見え、心房中隔に茎が付着していた。可動性は良好であり、他の心室・心房に明らかな腫瘍は指摘されなかった。大動脈弁・僧帽弁に器質的異常は認めなかった。また、僧帽弁に嵌頓しているような所見が認められた。

(胸腹部CT) 大動脈にごく軽度の石灰化。左房内に4cm \times 3cm大の腫瘍を認めている。その他特記すべき異常所見を認めない。

(頭部MRI) 陳旧性の脳梗塞を疑う病変は認められるが、急性期の脳出血や脳梗塞は認めなかった。また、小脳変性症が疑われた。腫瘍については明らかな異常所見を認めない。

(Gaシンチグラフィ) 右耳下腺炎と膀胱炎が疑われるが、その他明らかな異常所見認めず。

(負荷心筋MRI) 前壁の菲薄化、壁運動の低下と同部位への造影遅延を認め、前壁の梗塞が疑われた。

MRI上腫瘍は可動性良好であり僧帽弁に嵌頓するような動きを認めている。

(冠動脈造影検査) 右冠動脈から対角枝への側副血行路がある。左冠動脈の造影では、対角枝の起始部に完全閉塞を認めている。また、明らかな腫瘍への栄養血管は認めなかった。

【診断】 上記検査結果より心臓腫瘍(左房粘液腫疑い)、陳旧性心筋梗塞(対角枝慢性完全閉塞)と診断した。めまいやふらつきの症状があり、左房内腫瘍が原因で症状が発現されている可能性を疑った。また、経食道エコーでは僧帽弁にほぼ嵌頓している様子を認め、突然死の危険性が高く早急な手術が必要と思われたため、当院心臓血管外科へ転科し、3月4日に左房内腫瘍切除術+心房中隔合併切除+冠動脈バイパス術 \times 1枝を施行した。

【病理所見】 4 \times 3cmのポリープ状腫瘍を認めた。表面は平滑で境界明瞭、心房中隔に茎を有しており、硬度は弾性・軟であった。顕微鏡所見ではムコ多糖

をもち小型の粘液腫細胞が広範囲に増生しており、心臓粘液腫の所見と矛盾しなかった。悪性所見は認めなかった。

【考察】

- ・ 転移性心臓腫瘍の頻度は原発性心臓腫瘍と比較して20～40倍との報告もあり、本症例において転移性の可能性も完全には否定できなかったため、各種検査を施行したものの明らかな原発巣を疑う所見は認められなかった。
- ・ 心臓粘液腫は孤発性の場合、再発が1～3%に見られるため、外来での心エコー検査を長期に渡っ

て継続する必要性が高いと考えられる。

【結語】

- ・ 今回、我々は心精査目的で施行した心エコーで偶然発見された左房内腫瘍を経験した。
- ・ 心臓腫瘍は突然死、血栓・塞栓症のリスクとなりうるため、発見した場合は早期の診断・加療が必要である。
- ・ 当院では過去8年間で5例目と比較的稀な症例ではあるが、失神や眩暈を来す疾患の鑑別診断の1つとして考慮する必要がある。

腎細胞癌に対して腎部分切除術を行った1例

H 20. 3. 14

研修医 鈴木 英孝

【症例】 34歳 女性

【主訴】 右側腹部～背部痛

【既往歴】 特記すべき事項なし

【家族歴】 母親：肺癌

【生活歴】 喫煙歴：20本/日×20年 飲酒歴：なし
アレルギー：なし

【現病歴】 平成19年3月中旬に上記主訴にて当院消化器科、婦人科受診。消化器科にて行った腹部エコーで右腎にφ29.9mmの一部石灰化を伴う腫瘍を認めたため、同日当科紹介受診。腎細胞癌が疑われたため、外来にて精査を行った。

【現 症】 身長 169cm 体重 55.75kg BMI 19.5 BP 112/66 mmHg HR 75/min BT 36.6℃

【理学的所見】 明らかな異常を認めなかった。

【検査所見】

・ 腹部超音波検査

右腎に突出様で直径3cm程度の内部石灰化を伴うmassを認めた。血流も認めた。

・ 腎2相ダイナミックCT

単純CTでは右腎上極に腎実質と比較してisoからややlow densityの突出した腫瘍を認めた。ダイナミックCTでは、動脈相では右腎上極に直径2.2cmの石灰化を有する、辺縁整、内部不均一にenhanceされるmassを認めた。静脈相にてややwash outされた充実性の腫瘍を認めた。内部に脂肪成分を認めなかった。有意なリンパ節腫大を認めなかった。

・ 肺CT

肺野条件では明らかな結節影を認めなかった。縦隔条件では明らかなリンパ節腫大を認めなかった。

・ 骨シンチグラフィ

明らかな異常集積を認めなかった。

【臨床診断】 腎細胞癌、cT1aN0M0, cStage I

φ2.2cmと腫瘍径が小さい、34歳と若年である、将来的な腎機能を保持することを考慮して、腎部分切除術を行うこととした。

平成19年4月上旬に手術目的のため当科入院となり、翌日、右腎部分切除術を施行した。

〈摘出標本〉

腎上極に腫瘍があり、断面でも腎細胞癌に典型的なgolden yellowと呼ばれる黄色の腫瘍組織とともに、一部壊死を伴った所見を認めた。腫瘍は肉眼的に取りきれれていた。

〈病理標本〉

HE染色において核がやや大きめでN/C比から見てもG2相当のclear cell carcinomaの所見を認めた。PAS染色では間質に膠原線維を認め、粘液を認めず、腎細胞癌の所見と矛盾しなかった。

【病理診断】 Renal cell carcinoma, Clear cell carcinoma, Grade 2, INF β, v(－), pT1aN0M0 Stage I, 3×2×2.5cm

【入院後経過】 術後6日目の採血にて、BUN 8.4 mg/dl, Cr 0.77 mg/dl, 蓄尿にて24hCcr 90.2ml/minと腎機能悪化を認めなかった。その後も経過良好により、